

平成 年 月 日

会長	副会長	担当部長	担当理事	事務局長	係

〔 盛岡市医師会 〕
学術講演会後援依頼申込書

講演会名	
講師	
司会	
演題	
開催月日	平成 年 月 日 () 午前 / 午後 時 分から 午前 / 午後 時 分まで
開催場所	
主催 (研究会名)	
共催	
連絡先 及び担当者	住所 会社名 担当者 連絡先 (TEL・FAX・E-mail等)

岩手県医師会の後援が必要な場合は別途手続きが必要です